



NOTIFICACIÓN POR ESCRITO
CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN

Estoy de acuerdo en que las dependencias y/o proveedores de servicios que figuran a continuación proporcionen una evaluación para determinar si su niño califica para el AzEIP:

- ___ AHCCCS/ALTCS Administración
___ Médico de cabecera
___ Distrito escolar local
___ Coordinador de servicios
___ Proveedor de servicios de terapia
___ Proveedor de Servicios de Desarrollo
___ DES/Div. de discapacidades en el desarrollo
___ Programa de terapia intensiva para recién nacidos
___ Escuelas para sordos y ciegos del Estado de Arizona
___ Proveedor de servicios de intervención temprana
___ DES / Administración para Niños, Jóvenes y Familias
___ Departamento de Salud del Condado
___ Otro:

() Con mi firma autorizo a las agencias y/o proveedores de servicios que he señalado a que evalúen, examinen y/o hablen entre ellos acerca de las necesidades de mi hijo(a), (fecha de nacimiento) La finalidad de la evaluación, examen y/o discusión será determinar si mi hijo(a) podrá utilizar los servicios de AzEIP y para identificar las ventajas y retos propios de mi hijo así como los recursos, prioridades, inquietudes e intereses de mi familia como la base de la discusión e determinación de los apoyos y servicios.

() Entiendo que los representantes de estas agencias son profesionales que están comprometidos a respetar la confidencialidad de la información que tienen acerca de mi hijo(a). Ellos solamente podrán utilizar esa información para asistir a mi hijo(a) y a la familia únicamente en todo aquello para el cual yo di mi autorización.

() Para poder completar la evaluación de mi hijo(a), podrán solicitarse y revisarse los siguientes documentos:

- ___ Paquete de Proceso Inicial de Planeación ___ Historial médico ___ Otros
___ Resultados de evaluación ___ Documentos de evaluación

() Entiendo que la evaluación incluye:

- 1) una revisión de la historia médica y de desarrollo de mi hijo(a);
2) una revisión del estado de salud actual de mi hijo(a);
3) una evaluación del desarrollo general que podrá basarse en la observación e interacción con mi hijo(a), una herramienta normal de desarrollo, o una evaluación individual de áreas específicas de desarrollo;
4) una evaluación de los logros y problemas propios en el desarrollo de mi hijo(a);
5) un resumen escrito de la evaluación.

() He leído el libro de información referente al Arizona Early Intervention Program (Programa de intervención temprana), y el folleto sobre derechos y garantías de la familia.

() Entiendo que no tengo obligación de otorgar este permiso, y que en caso de dar mi permiso, lo podré rescindir en cualquier momento. También entiendo que mi permiso tendrá vigencia por un año, contado a partir de la fecha en que firme este documento.

Firma del padre / tutor

Firma de la madre / tutor

Fecha

Fecha

Información que no quiero que se comparta: